

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ ТА НАУКИ УКРАЇНИ  
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ



**АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ**  
**ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ**  
**Topical Issues of Theoretical and Clinical Medicine**

**ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ**  
V Міжнародної науково-практичної конференції студентів та молодих вчених  
(м. Суми, 20-21 квітня 2017 року)

Суми  
Сумський державний університет  
2017

## ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВІТРЯНОЇ ВІСПИ У ДОРΟΣЛИХ НА БУКОВИНІ

Лесюк О.З., Люта О.Р.

*Науковий керівник: асистент Соколенко М.О.  
Буковинський державний медичний університет,  
кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб*

**Актуальність.** У дорослого населення можливі порушення імунітету, наявність хронічної супутньої патології, що ускладнюють перебіг дитячих інфекційних хвороб.

**Мета роботи** - вивчення особливостей перебігу вітряної віспи у дорослих осіб, що вперше перенесли захворювання та рецидивних випадків, дослідження впливу супутніх захворювань, стану імунної системи на перебіг захворювання.

**Матеріали та методи.** Статистичні показники захворюваності на вітряну віспу в Чернівецькій області та м. Чернівці за 2010-2016 роки, результати клініко-лабораторних та інструментальних досліджень у хворих дорослого віку.

**Результати.** У 94% випадків захворювання розвивалося у хворих, що раніше не хворіли на вітряну віспу. У 6% пацієнтів відбувся рецидив на фоні імуносупресії.

У 92% пацієнтів висипці передували продромальні явища: загальна втома, підвищення температури до 37 градусів, зниження апетиту. Особливістю захворювання у дорослих є хвильовий перебіг. Було виявлено у 26% хворих енантему ротової порожнини. Виразний інтоксикаційний синдром, що супроводжувався підвищенням температури до 39-40 градусів (67%). У 30% дорослих хворих було зареєстровано атипові форми вітряної віспи. У 17% виявляли судомні посмикування м'язів кінцівок, порушення координації рухів. У 7 % зареєстровано енцефаліти. У 14 % виявлено патологію з боку органів дихання, перебіг захворювання значно ускладнювала тривала лихоманка. Розвиток піодермій, як наслідок втягнення вторинної інфекції, виявляли у 9% хворих.

**Висновок:** особливостями перебігу вітряної віспи у дорослих є більш виразний інтоксикаційний синдром, часті ускладнення з боку нервової системи, атипові форми, швидке втягнення у процес вторинної інфекції.

## ЗАЛЕЖНІСТЬ СТУПЕНЯ ФІБРОЗУ ВІД ОСОБЛИВОСТЕЙ МЕТАБОЛІЗМУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ВІРУСНИЙ ГЕПАТИТ С

Лішневська А.Г.

*Науковий керівник: д.мед.н., проф. Чемич М.Д.*

*Сумський державний університет, кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією*

**Актуальність.** На даний час встановленим є той факт, що ожиріння є незалежним предиктором негативної відповіді на лікування хронічного вірусного гепатиту С (ХВГ С) і одним із достовірних чинників прогресування недуги. Пацієнти з ожирінням, незалежно від генотипу вірусу та/чи наявності цирозу печінки, мають приблизно у 80 % менший шанс досягнення стійкої вірусологічної відповіді на терапію, порівняно з особами, що мають нормальну вагу.

**Мета роботи** - вивчити залежність ступеню фіброзу печінки хворих на ХВГС від особливостей метаболізму.

**Матеріали та методи.** Проведено обстеження 17 хворих на ХВГ С та аналіз їх медичних карт стаціонарного хворого, що перебували на лікуванні у СОІКЛ імені З. Й. Красовицького. Обчислено індекс маси тіла (ІМТ) та визначено ступінь фіброзу печінки методом пункційної біопсії чи фібротестом.

**Результати.** Чоловіків та жінок було майже порівну (47 % та 53 % відповідно). Жителів міста (58,8 %) було у 1,4 раза більше ніж осіб, що проживали у сільській місцевості (41,2 %).

Усі хворі, що мали метаболічну кардіоміопатію (4 особи) мали підвищену вагу тіла або ожиріння. Серед обстежених 2 пацієнти мали цукровий діабет, в обох відмічалось ожиріння 2 ступеню.

Обстежені, що мали нормальну масу тіла (7 осіб) склали у 1,4 раза більшу кількість порівняно із пацієнтами з надмірною масою тіла (5) та з особами, що мали ожиріння (5).

Втричі частіше пацієнти з нормальною масою тіла мали F0 (3 особи), ніж хворі з підвищеною масою тіла та ожирінням (1 особа). Серед хворих, які мали F1, у чотири рази було менше осіб з нормальною масою тіла, порівняно з особами з підвищеною (4 особи). У 2 рази рідше серед осіб з F2 спостерігалися пацієнти з ІМТ 18,5 – 24,9 (2 особи), ніж з вищими значеннями (4 особи). При F4 хворих з нормальною та з підвищеною масою тіла було порівну.

**Висновки.** Таким чином, усі особи з захворюваннями, в основі яких лежать метаболічні порушення (метаболічна кардіоміопатія, цукровий діабет), мали підвищену масу тіла. Лише при відсутності фіброзу статистично значимо у більшості хворих спостерігається нормальна маса тіла. При більших значеннях фіброзу достовірної залежності не спостерігається, що може бути пов'язано із порушенням метаболічної функції печінки. При чому ступінь її порушення суттєво не впливає на метаболізм.

## ВСЕБІЧНЕ ОБСТЕЖЕННЯ ХВОРИХ НА КИШКОВІ ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ

*Михалейко Л.Б, Бігун Н.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Грицко Р.Ю.*

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,  
кафедра інфекційних хвороб*

**Актуальність.** Під маскою гострих кишкових інфекцій (ГКІ) можуть приховуватися безліч захворювань. Часто в інфекційні відділення скеровують хворих, яким не вдається встановити правильний діагноз. Тому лікар-інфекціоніст завжди повинен задумуватись про те, що під інфекційною патологією може приховуватись інше захворювання (не профільне).

**Мета роботи** - обґрунтувати актуальність всебічного обстеження хворих.

**Матеріали та методи.** Аналіз історії хвороби.

**Результати.** 27.09.16 р. у ЛОІКЛ з діагнозом: гостра кишкова інфекція, була скерована хвора Л. С. П., 1990 р. н. Пацієнтка скаржилась на: багаторазовий рідкий стілець, нудоту, загальну слабкість. З анамнезу хвороби: захворіла 13 днів тому, коли з'явилась вищенаведені скарги. Об'єктивно: Шкіра блідого кольору.

Язик обкладений сіруватим нальотом, зазначається сухість в роті. Лімфатичні лімфовузли не збільшені та не болючі. Живіт м'який, чутливий при пальпації в епігастрії та лівій здухвинній ділянці. Сигма не спазмована. Печінка не виступає з-під краю реберної дуги. Селезінка + 1,5 см. Стілець рідкий, жовтуватого кольору. У хворої було запідозрене гематологічне захворювання після проведення стандартних лабораторних і інструментальних досліджень. Пізніше, після проведеного обстеження вона була скерована на консультацію до гематолога. Консультація гематолога (21.01.2017): для уточнення діагнозу направити в хірургічне відділення 5 МКЛ на біопсію л/в. Підозра на лімфому Ходжкіна. 08.02.2017 хвора була виписана зі стаціонару з діагнозом: Лімфопроліферативне захворювання. Лімфома Ходжкіна? і скерована для подальшого лікування в гематологічне відділення.

**Висновки.** Даний клінічний приклад свідчить, що всебічне обстеження хворого просто необхідне для верифікації діагнозу, а додаткові діагностичні методи дозволили якомога швидше скерувати його в профільний стаціонар для подальшого обстеження та лікування.